

Termo de responsabilidade – Administração de antipirético

ANO LETIVO 20__ / 20__

Estabelecimento de Ensino: _____

Aluno(a): _____

Ano: ____^o **Turma:** _____

Eu, _____,
Encarregado de Educação de _____
_____, declaro que autorizo a administração ao/à meu/minha
educando(a) do antipirético¹ _____, na quantidade de
_____, no caso de apresentar temperatura superior a ____^o e na
impossibilidade de ser contactado.

Reações alérgicas e/ou contra indicações conhecidas a medicamentos:

Lousã, _____ de _____ de _____

O/A Encarregado(a) de Educação

Notas:

1 - *Por exemplo Ben-u-ron ou medicamento similar.*

2 - *Imprimir este formulário, preencher e entregar à Educadora, ao professor titular ou ao diretor de turma.*

Em alternativa, registar na caderneta do aluno ou no caderno diário numa folha isolada que possa ser destacada para ficar arquivada no processo individual.